

|                             |                          |                     |                                   |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Nom de famille de l'employé |                          | Prénom de l'employé |                                   |
| N° de contrat/de groupe     | N° de compte/de division | Catégorie           | N° d'identification/de certificat |



**Les honoraires que le médecin pourrait exiger pour remplir ce formulaire sont à la charge du réclamant.**

### A. Information concernant la personne décédée

|                |        |                                |
|----------------|--------|--------------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) |
|----------------|--------|--------------------------------|

### B. Déclaration du médecin

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| Date du décès (AAAA-MM-JJ) | Lieu du décès |
|----------------------------|---------------|

Résidence au décès - N°, rue

|       |          |             |
|-------|----------|-------------|
| Ville | Province | Code postal |
|-------|----------|-------------|

Si la personne est décédée dans un hôpital ou une autre institution, veuillez en indiquer le nom : Âge au décès

1. Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, ex. défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné le décès) : Intervalle entre le début étiologique et le décès

2. Causes antécédentes (ayant, le cas échéant, conduit à l'état précité) provoquées par ou consécutives à :  
a)

b)

3. Autres états morbides importants (ayant contribué au décès mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué) :

|  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| 4. Date des premiers soins pour la dernière maladie (AAAA-MM-JJ) | 5. Date des derniers soins pour la dernière maladie (AAAA-MM-JJ) | 6. Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ) | 7. Quand la personne décédée a-t-elle été informée pour la 1 <sup>re</sup> fois de cette maladie? (AAAA-MM-JJ) |
|--|--|------------------------------------|--|

8. Le décès est-il dû à un : Veuillez décrire brièvement :  
 accident  suicide  homicide

9. Y a-t-il eu enquête? Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :  
 Oui  Non

10. Y a-t-il eu autopsie? Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :  
 Oui  Non

11. Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des 5 années précédant la dernière maladie?  
 Oui  Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

| Nature de la maladie ou lésion | Hôpital ou institution | Adresse | Date (AAAA-MM-JJ) |
|--------------------------------|------------------------|---------|-------------------|
|                                |                        |         |                   |
|                                |                        |         |                   |

12. À votre connaissance, au cours des 5 dernières années de sa vie, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou soignée dans un hôpital ou une autre institution?  
 Oui  Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

| Nature de la maladie ou lésion | Médecin, hôpital ou institution | Adresse | Date (AAAA-MM-JJ) |
|--------------------------------|---------------------------------|---------|-------------------|
|                                |                                 |         |                   |
|                                |                                 |         |                   |

13. La personne décédée a-t-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque?  
 Oui  Non Si oui, pendant combien d'années?

### C. Identification du médecin

|             |                               |
|-------------|-------------------------------|
| Nom, prénom | N° de téléphone à 10 chiffres |
|-------------|-------------------------------|

|                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| N° de permis d'exercice | N° de télécopieur à 10 chiffres |
|-------------------------|---------------------------------|

Omnipraticien  
 Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_

X

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)